

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

442

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Louis-Jean-Nicolas **POUGET**

Interne de l'Hôpital de Corbeil
Né le 30 Mars 1911 à Villemomble (Seine)

69

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT DES ULCÈRES
GASTRO-DUODÉNAUX PERFORÉS

Président : M. GRÉGOIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1936



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Louis-Jean-Nicolas **POUGET**

Interne de l'Hôpital de Corbeil

Né le 30 Mars 1911 à Villemomble (Seine)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT DES ULCÈRES
GASTRO-DUODÉNAUX PERFORÉS

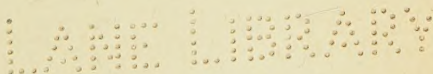
Président : M. GRÉGOIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1936



I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.).. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.]
 M^{me} J. LÉVY..... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET ... Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE ... Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ. Chimie biologique.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ.....	
AUBERTIN		CADENAT.....	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL.....		HEITZ-BOYER...	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR.....		SCHWARTZ.....	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLÉRY - RADOT			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale		
GUÉNIOT			
LE LORIER.....			
LÉVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....	Puériculture.
RUPPE.....	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE
ET DE MON PÈRE

Trop tôt enlevés à mon affection.

A MON FRÈRE

*En témoignage du plus profond
amour fraternel.*

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRÉGOIRE

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

*Pour le grand honneur qu'il
nous a fait en acceptant la présidence
de cette thèse.*

A LA MÉMOIRE
DU PROFESSEUR ROBERT PROUST

Dont nous avons été l'élève.

AU DOCTEUR CHARLES MONCANY

Chevalier de la Légion d'Honneur
Ancien Interne des Hopitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de Corbeil

*Dont nous avons été l'Interne, qui
nous a inspiré cette thèse et guidé de
ses conseils.*

*Qu'il trouve ici le témoignage de
notre affectueux respect et de notre
plus profonde reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DELANOE

Chevalier de la Légion d'Honneur
Médecin de l'Hôpital de Corbeil

*Dont nous avons été l'Interne pour
l'accueil si cordial qu'il nous a réservé
dans son service.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT

Médecin de l'Hôpital Broussais

*Notre premier Maître en clinique
en témoignage de notre respect et de
notre reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO

Chirurgien de l'Hotel-Dieu

A MONSIEUR LE DOCTEUR FÉLIX RAMOND

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTÉ

INTRODUCTION

La question du traitement des perforations gastroduodénales est de celles qui, ces dernières années, ont soulevé de nombreuses et ardentes discussions au sein du monde chirurgical.

Si tous sont d'accord pour dire que le pronostic vital est fonction de la précocité de l'intervention, ils ne le sont plus quant au choix de l'acte chirurgical et c'est sur ce sujet que les polémiques ont été les plus passionnées.

Toutes les techniques ont leurs partisans dévoués.

Les uns préconisent la suture soit simple, soit précédée de thermocautérisation ou d'excision suivant les cas.

D'autres y adjoignent presque automatiquement une gastro-entéroanastomose de dérivation.

Enfin plus récemment, certains auteurs ont voulu appliquer fort justement, et dans certaines conditions bien déterminées d'ailleurs, le même traitement qu'à l'ulcus à froid, la gastro-pyloréctomie.

Quoiqu'il en soit, la méthode qui semble recueillir

le plus grand nombre de suffrages est certainement la suture simple de la perforation.

Il nous a paru bon à ce sujet de reproduire ce qu'a décrit Emile FORGUE dans la Revue Médicale Française : « L'indication pressante, vitale, de sauvetage, c'est l'oblitération de la perforation. La condition du succès c'est que cette oblitération soit réalisée par la technique la plus simple et la plus rapide, de façon à réduire au minimum le traumatisme opératoire, mais d'autre part, qu'elle soit parfaitement étanche et solide. »

Il y a des cas cependant où la perforation ne peut être oblitérée.

La perforation n'est accessible ni aux mains, ni aux instruments du chirurgien. Soit qu'elle soit masquée par une trop grosse masse d'adhérences, soit que sa topographie ne permette pas qu'on puisse l'atteindre facilement.

La perforation est entourée d'un tissu très friable sur une trop grande surface, ce qui rend la thermocautérisation ou l'excision impossible, c'est le cas des grands ulcères calleux.

Faut-il donc en déduire que ces malades sont voués irrémédiablement à une mort certaine ?

Nous pensons être en mesure de pouvoir soutenir le contraire en nous appuyant sur un certain nombre d'observations dont deux d'entre elles surtout peuvent être considérées comme des tests expérimentaux.

Nous limiterons donc volontairement notre sujet

à l'étude de l'évolution des perforations gastro-duodénales non oblitérées chirurgicalement.

Pour ce faire, nous allons reproduire un certain nombre d'observations qui entrent dans le cadre de notre étude : nous essaierons d'interpréter les résultats obtenus, pour pouvoir en tirer les conclusions qui en découlent rationnellement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Un homme de 38 ans, entré le 8 décembre 1928 à l'hôpital de Corbeil, est opéré pour perforation d'ulcère gastrique 3 heures 1/2 après le début des accidents.

Le chirurgien (Docteur MONCANY) trouve une perforation lenticulaire du bord supérieur de la première portion du duodénum.

Convaincu de l'importance de la gastro-entéro-anastomose pour la guérison des perforations d'ulcères duodénaux, volontairement il introduit dans l'orifice une sonde de Nélaton encadrée de deux petites compresses. La sonde pendant quelques jours a donné issue spontanément et par aspiration à du liquide duodénal. L'absence de reflux du lait ingéré prouvant le bon fonctionnement de l'astomose. Au bout de quatre jours la sonde est remplacée par un drain de Carrel jusqu'au contact du duodénum. Les mèches sont enlevées au bout de six jours. Le drain au dixième jour. Le treizième jour la fistule est entièrement fermée et l'opéré sort guéri le 5 janvier, 28 jours après sa perforation.

Dans ce cas où, de parti pris, la perforation n'a pas été

suturée, la guérison a été obtenue dans le même délai que pour un nombre important de cas antérieurement opérés par le même chirurgien.

OBSERVATION II

G... Raoul, 30 ans, employé au P. L. M., entre dans le service le 17 décembre 1935 à 9 heures du soir, avec le diagnostic de péritonite, soit appendiculaire, soit due à une perforation de viscère creux ayant commencé à 3 heures 30 de l'après-midi.

L'intervention est pratiquée 1/2 heure après l'entrée du malade.

Le compte rendu opératoire est le suivant :

« 1^o Jalaguiér, liquide puriforme dans le ventre avec fausses membranes. Pas de gaz. Appendice sain, on le laisse et on ferme. »

« 2^o Incision médiane sus et sous-ombilicale. Perforation de la face antérieure du duodénum, perforation très étendue, cartonnée, qu'il est impossible de boucher. On introduit une sonde de Nélaton dans la perforation. On pratique une gastro-anastomose transmésocolique et on met en place des mèches autour de la sonde. »

La sonde tombe spontanément le 3^e jour. On finit d'enlever les mèches le 7^e jour. Il ne se produit aucune fistulisation. Le malade a guéri dans les délais normaux et est sorti le 25 janvier 1936 complètement rétabli.

Dans ce cas, instruit par le résultat acquis par l'observation précédente, le chirurgien a jugé préférable de réduire au minimum l'acte chirurgical, la fermeture de l'orifice n'aurait pas été possible sans une ablation large, c'est-à-dire sans une gastropyloréctomie pratiquée dans de mauvaises conditions étant donné le processus infectieux et les adhérences duodénales.

Toutefois, dans ce cas la gastrectomie secondaire à froid était prévue dès la première intervention.

Le malade entre donc à nouveau le 23 mars 1936, deux mois après sa sortie.

Il conservait une éventration et des troubles dyspeptiques accusés qui l'avaient obligé à interrompre de nouveau son travail comme employé de chemin de fer.

Un examen radiologique est alors pratiqué dont voici le résultat.

La radioscopie et deux radiographies ont montré un fonctionnement normal de la bouche anastomotique, aucune parcelle barytée ne traverse le pylore.

Un examen après une heure et demie, révèle la vacuité totale de l'estomac, l'évacuation gastrique s'est effectuée dans des conditions normales.

On opère le malade le 27 mars 1936.

Voici le compte rendu opératoire de la deuxième intervention.

« Eventration. Laparotomie sus et sous-ombilicale, avec section d'un losange cutané. Adhérences épiploïques lâches à la paroi, adhérences du pylore à la face intérieure du foie et du foie à la paroi.

Libération des adhérences : *On ne trouve pas le siège de la perforation* ; le duodénum est souple après libération complète de sa première portion, section épiploïque au ras de la grande courbure, section du duodénum près du pylore. Fermeture en deux plans.

Libération poussée de l'anastomose qui est attirée au-dessus du mésocolon, section haute de l'estomac et fermeture de la partie supérieure de la section.

Section du jéjunum au ras de l'anastomose et reconstitution d'une gastro-jéjunostomie. L'anastomose est faite entièrement aux points séparés au fil de lin.

EXAMEN DE LA PIÈCE

Points congestifs sur la muqueuse, la région anastomotique est congestionnée et épaissie. Pylore normal mais la section est faite en amont de l'ulcère qui n'a été ni vu ni perçu.

SUITES OPÉRATOIRES :

Aucune complication ne s'est produite, le lever a lieu le 15^e jour, il est sorti le 26 avril 1936 définitivement guéri. Il a un régime normal, il ne souffre pas du tout.

L'emploi de cette technique qui avait été pratiquée dans la première observation dans le but de démontrer le rôle important joué par la gastro-entéro-anastomose et dans la seconde observation parce que les difficultés de suture ou d'ablation étaient considérables, n'est d'ailleurs pas un fait isolé.

Dans le livre de H. MONDOR et G. LAURET, sur les ulcères perforés de l'estomac et du duodénum, il est signalé que LORENZ et NEWMANN ont également eu l'idée d'introduire un drain dans la perforation.

Les auteurs concluent que ce n'est ni par la simplicité ni par la rapidité de son exécution que ce procédé l'emporte sur la suture simple. Ils décrivent d'ailleurs rapidement cette technique dans un chapitre intitulé *les procédés de fortune*.

Sur ce point MONDOR et G. LAURET rejoignent notre idée de n'employer cette technique que dans

les cas bien particuliers où les difficultés de suture ou de résection sont insurmontables.

A ces deux observations principales, qu'il nous soit permis d'ajouter les deux observations suivantes que nous tenons toujours du Docteur MONCANY qui a eu l'occasion d'être en présence d'environ 90 perforations depuis 14 ans. Il a fermé la perforation chaque fois qu'il a pu, mais dans les observations que nous reproduisons, l'oblitération n'a pu être pratiquée.

M... 51 ans, entré à l'hôpital le 1 juin 1924 pour péritonite due à une perforation d'ulcère.

Le malade est opéré 36 heures après le début des accidents.

Voici le compte rendu opératoire.

Incision médiane sus et sous-ombilicale. Liquide gastrique dans l'abdomen que l'on draine. On tombe sur un ulcère de la région pylorique qu'on ne peut pas aborder facilement au milieu des néo-membranes.

Notre malade est un éthylique connu.

L'anesthésie est difficile. Le chirurgien se contente donc d'un large drainage avec gros drain n° 15 et mèche de la région pylorique sans enfouissement, et il pratique une gastro-anastomose à anse longue.

Les suites opératoires ont été normales et ce malade est sorti de l'hôpital le 26 août complètement rétabli.

M... 22 ans, entré à l'hôpital pour phénomènes péritonéaux le 23 novembre 1926.

Le début a été brutal, accompagné de douleurs diffuses, avec défense de la paroi et des selles marc de café.

Ensuite des vomissements apparurent ainsi qu'une dou-

leur à l'épaule droite tandis que le pouls s'accélérait à 120 et que la température atteignait 38°,6.

Devant cet ensemble clinique on fait le diagnostic de péritonite consécutive à une perforation d'ulcère.

Le malade est opéré 15 heures après le début des accidents.

Une laparatomie médiane est pratiquée.

A l'ouverture du péritoine on constate la présence dans l'abdomen d'un liquide séreux, épais, teinté de bile, avec fausses membranes et adhérences épiploïques à la région prépylorique, masquant une perforation dont la recherche n'est pas prolongée.

On place un drain et une mèche dans la région pylorique et on pratique une gastro-entéro-anastomose qu'une adhérence totale de l'arrière-cavité oblige à pratiquer précolique.

Le malade est sorti de l'hôpital le 11 décembre complètement rétabli.

Il a été revu le 22 août 1927, en excellente santé, et sans surveiller son régime.

La littérature concernant le traitement des perforations gastro-duodénales est considérable.

L'énorme majorité des auteurs ne parlent que de la suture, de la gastro-entéro-anastomose ou de la gastro-pylorectomie.

Très peu n'examine la difficulté particulière qui est l'objet de nos observations. Cependant, certains auteurs ont eu l'occasion de signaler quelques perforations qui n'ont pas été oblitérées chirurgicalement.

Voici dans l'ordre chronologique les travaux que nous avons pu relever et étudier :

C. FORNICOLA, dans la *Prensa médica argentina*, en mars 1928, signale que sur 17 cas de perforations trois d'entre elles n'ont pas été suturées. Il a obtenu néanmoins deux guérisons, le troisième résultat est inconnu.

Dans le *Journal de Chirurgie* de mars 1929, GUILLEMINET et LATREILLE de Lyon sur une statistique de 44 cas ont pratiqué deux fois le simple tamponnement avec gastro-entéro-anastomose et les deux opérés ont guéri. A ce sujet les auteurs écrivent : « Le tamponnement reste pour tout le monde un expédient, auquel on aurait tort de refuser toute valeur. Réservé aux perforations vraiment inaccessibles, il peut sauver des malades. Deux des nôtres lui doivent la vie. »

SINGER de Chicago dans *Archives of International Medicine* attire l'attention sur un grand nombre

de perforations à symptomatologie estompée qui guérissent spontanément.

R. BROGLIO et G. PERNWERTH dans *Il Policlino* sur 28 cas de perforations signalent un cas opéré à la vingt-quatrième heure, traité par la mise en place d'un Mickulicz aveuglant la perforation et gastro-entéro-anastomose secondaire au vingtième jour. Ce malade reste guéri un an plus tard.

Le professeur Charles LENORMANT dans le *Journal de Chirurgie* de janvier 1934 rapporte une observation que nous reproduisons in extenso.

« Je résume brièvement l'observation de S... qui « rappelle les temps héroïques de la chirurgie parce « qu'elle montre comment, avec du bon sens, de « l'énergie et du « débrouillage » un chirurgien peut « se tirer d'affaire et sauver son malade au milieu « des pires difficultés matérielles. »

S... est appelé auprès d'une jeune femme atteinte de perforation gastrique ; il ne peut arriver que 13 heures après le début des accidents. La malade agitée, dyspnéique, a déjà une température à 39° et un pouls à 150-170. L'hôpital est distant de 29 kilomètres et les chemins sont impraticables. Il n'y a qu'une chambre où loge et couche toute la famille, sans chauffage et éclairée par une petite lampe à pétrole ; S. n'a ni instruments, ni objets de pansement.

Il retourne chercher le matériel nécessaire et revient 3 heures après ; il brûle 1 litre d'alcool pour réchauffer la pièce, fait bouillir « ses instruments « sur le fourneau, stérilise une paire de gants en les

« lavant à l'eau savonneuse et en les immergeant
« pendant 2 minutes dans une solution de sublimé
« à 2 ‰ et opère. La perforation siège haut sur le
« cardia et laisse passer deux doigts ; S... tente d'en
« exciser les bords nécrosés, mais est arrêté par une
« hémorragie profuse ; *il se contente de drainer au*
« *contact*, après avoir nettoyé le ventre des débris
« alimentaires qu'il renferme.

« La malade se remonte, tout en continuant à
« avoir une température élevée. Au bout de quelques
« jours, on peut l'amener à l'hôpital et après ouver-
« ture d'un abcès sous-phrénique, elle finit par guérir.

« Et S. ajoute : presque chaque année, il m'est
« arrivé d'avoir à opérer un ou plusieurs cas sem-
« blables, et pas un seul avec une mauvaise termi-
« naison. »

Marcel FÈVRE dans le *Journal de Chirurgie* de décembre 1934, rapporte un article de « CLAVEL et Ed. CORAJOD » dans lequel les auteurs concluent finalement que le traitement d'un ulcère gastro-duodénal, comporte souvent deux étapes. La première opération doit sauver la vie du malade « Suture ou même tamponnement » mais comportera lorsque l'état général le permettra, une gastroentérostomie de sécurité pour l'avenir. Enfin, dans la thèse de Maurice GANDY qui a étudié d'une façon complète les résultats des différents techniques opératoires nous relevons 3 cas de perforations dans lesquels la suture a été impossible et où le chirurgien s'est contenté d'un tamponnement. Dans le premier cas

le malade est mort d'embolie le quatrième jour. Dans le deuxième cas l'opéré s'est amélioré progressivement et souffre à peine depuis 5 ans. Dans le troisième cas enfin, l'opéré a dû subir une gastrectomie deux mois après la première intervention.

CONCLUSIONS

Nous sommes donc en présence d'un certain nombre d'observations d'ulcères gastriques ou duodénaux perforés qui n'ont pas été oblitérés chirurgicalement.

Il nous paraît toutefois important de bien distinguer, bien que cela soit pratiquement difficile au cours de l'intervention, les perforations véritablement gastriques qui sont rares et auxquelles ne s'appliquent pas nos conclusions et les perforations d'ulcères duodénaux, sujet de notre étude.

Dans ces perforations d'ulcus duodénaux, faute de possibilité de suture ou d'ablation, les chirurgiens, ont parfois simplement drainé et tamponné, dans d'autres cas la gastro-entero-anastomose a été pratiquée.

Or, les observations montrent que les résultats obtenus sont plus ou moins favorables suivant les cas ; mais le fait important à signaler, est qu'un certain nombre d'entre eux ont guéri, et, dans les délais normaux. La non-fermeture de la perforation

n'est donc pas, comme on a tendance à le croire, d'un pronostic toujours très grave et, presque fatalement mortel.

Quelle leçon tirer de cette étude ?

Quand la fermeture de la perforation est difficile ou même impossible et quand l'ablation ne peut-être envisagée. il est préférable de ne pas allonger le temps opératoire. L'introduction d'une sonde dans la perforation ou le simple tamponnement, de préférence, nous semble-t-il, avec gastro-entero-anastomose, paraît être une solution de sagesse et de prudence qui permet souvent de sauver la vie du malade : on peut toujours faire une opération plus complète secondairement dans des conditions de complète sécurité.

■

VU : *Le Doyen,*
ROUSSY

VU : *Le Président de Thèse,*
GRÉGOIRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- FORNICOLA (C.). — Traitement chirurgical des ulcères de l'estomac et du duodénum perforés en péritoine libre. *Prensa médica argentina*, an XIV, n° 30, 30 mars 1928, page 1082-1104.
- MENEGAUX (G.). — *Journal de Chirurgie*, t. XXXII, n° 3, septembre 1928.
- BROGLIO (R.). et PERNWERTH (G.). — Traitement des ulcères perforés. 15 février 1933.
- ARMAND (Marcel). — *Journal de Chirurgie*, t. XLII, n° 3, page 542. Septembre 1933.
- GUILLEMINET et LATREILLE de Lyon. — Résultats du traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés. *Journal de Chirurgie*, t. XXXIII, n° 3, mars 1929, page 291.
- SINGER (Chicago). — La guérison spontanée après perforation d'un ulcère peptique en péritoine libre.
- MADIER (J.). — *Journal de Chirurgie*, décembre 1930, t. XXXVI, n° 6, page 957.
- SVEINSONN. (J.). — (Bluenduos, Islande). Perforation de l'estomac, pyo-pneumothorax sous-phrénique *Zentralblatt Für Chirurgie*, t. LX, n° 23, 10, juin 1933, pages 1350-1351.
- LENORMANT (Ch.). — t. XLIII, n° 1, janvier 1934.
- CLAVEL et CORAJOD. — Les ulcères perforés restent-ils guéris ? *Lyon Médical*, an LXVI, t. CLIII, n° 20, 20 mai 1934, pages 585-594.
- FÈVRE (M.). — *Journal de Chirurgie*, t. XLIV, n° 6, décembre 1934.

MONDOR (H.) et LAURET (G.). — Les ulcères perforés de l'estomac et du duodénum.

GANDY (M.). — Les ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre. Etude clinique et résultats des interventions pratiquées d'urgence.

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 5-6-1936.
